**小児治験ネットワーク実施可能性調査＜調査票＞　1/2（雛型）**

回答日：　年　月　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | 診療科名 |  |

**問1** 「●●●●●●●●●●●●」を対象とした治験について、試験概要をご確認の上、治験参加意向をお伺いできますでしょうか。**＜必須＞**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.是非参加したい | ⇒ **問2・4** へ | 3.患者はいるが参加できない | ⇒ **問3** へ |
| 2.条件が合えば参加したい | 4.参加できない |

**問2**  　以下は、問1の回答が**「1」**又は**「2」**の方へのご質問です。本調査結果に基づいて、治験候補施設の検討をさせていただきますので、**回答内容は可能な限り正確にご記入ください。**

2-1）現在、試験概要の条件に合う患者さんは何名程度いますか？**＜必須＞**

|  |  |
| --- | --- |
| 人数 | 名 |
| 調査方法 | 医師確認　　カルテ検索　　医師確認＋カルテ検索  その他（　　　　　　） |

2-2）上記のうち、同意取得が可能と考えられる患者さんは何名程度いますか？**＜必須＞**

|  |  |
| --- | --- |
| 人数 | 名 |

2-3）もし直近●カ月で本治験を実施していた場合、該当する患者さんは何名程度いましたか？＜任意＞

|  |  |
| --- | --- |
| 人数 | 名 |
| 調査方法 | 医師確認　　カルテ検索　　医師確認＋カルテ検索  その他（　　　　　　） |

2-4）参加条件・組入れや治験を実施する上で、懸念点等があれば記載してください。＜任意＞

|  |
| --- |
|  |

**問3**  　以下は、問1の回答が**「3」**又は**「4」**の方へのご質問です。

3-1）不参加の理由＜任意＞

|  |
| --- |
|  |

3-2）候補患者さんがいるが、貴院で治験が実施できない場合、他院への患者紹介は可能ですか？＜任意＞

|  |
| --- |
| 可能　　 不可 |

3-3）治験実施について推薦される医療機関又は診療科があればご教示ください。＜任意＞

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名/診療科名 |  |
| 備考（特記事項等あれば） |  |

※）候補被験者数が足りない場合、今後の調査の参考とさせていただきます。

**小児治験ネットワーク実施可能性調査＜調査票＞　2/2（雛型）**

**問4** 　以下は治験部門（治験事務局またはCRC）担当者様へのご質問です。

4-1）XXXXX*（特殊な検査機器等）*はありますか？**＜必須＞**

|  |  |
| --- | --- |
| あり　 　 なし | （「なし」の場合、他院にて検査をお願いするorリースの可能性があります） |

4-2）治験手順や貴院の治験実施体制を考慮し、受入れ可能な症例数は最大何名程度ですか。＜任意＞

|  |  |
| --- | --- |
| 人数 | 名 |

4-3）治験を実施する上で、懸念点（例：検査対応が困難、実施中の他の治験と競合する 等）あれば記載してください。＜任意＞

|  |
| --- |
|  |

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。